458

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N.° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 17 juillet 1905, à 1 heure

Par **Henri PUJOS**

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE

L'EXAMEN SYSTÉMATIQUE

ET DE

L'ABLATION DE L'APPENDICE

AU COURS DES LAPAROTOMIES

Président : M. LANNELONGUE, *professeur.*

Juges : MM. RECLUS, *professeur.*
MAUCLAIRE et RIEFFEL, *agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecol a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR JEAN PUJOS

Chirurgien de l'hôpital d'Auch
Président de l'Association des médecins du Gers
Chevalier de la Légion d'honneur
Mon premier maître dans l'art de comprendre la douleur d'autrui.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE PAUL

Étudiant en médecine

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien honoraire des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Membre de l'Institut
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR JACCOUD
(Pitié 1900-1901).

M. LE PROF. AGRÉGÉ CAMPENON
(Charité 1901).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PEYROT
(Lariboisière 1901-1902).

M. LE DOCTEUR SOULIGOUX
Chirurgien des Hôpitaux
(Lariboisière 1901-1902).

M. LE DOCTEUR LERMOYEZ
Médecin des Hôpitaux.
(Externat 1902-1903 St-Antoine).

M. LE DOCTEUR BOURGEOIS
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux
(Externat 1902-1903 St-Antoine).

M. LE DOCTEUR CAUSSADE
Médecin des Hôpitaux
(Externat 1903-1904 Tenon)

M. LE PROF. AGRÉGÉ MACAIGNE
Médecin des Hôpitaux
(Externat 1903-1904 Tenon).

M. LE DOCTEUR VIOLLET
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Péan (1904).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEJARS
(Chirurgien des Hôpitaux)
(Externat 1904-1905 Tenon).

M. LE DOCTEUR BOISSARD
Accoucheur des Hôpitaux
(Stage 1905 Tenon).

M. LE DOCTEUR APERT
Médecin des Hôpitaux
(Externat 1905, consultation de Tenon).

M. LE DOCTEUR VOISIN
Assistant à la consultation
De l'Hôpital Tenon 1905.

AVANT PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre modeste travail nous tenons à exprimer notre gratitude à tous ceux qui ont, avec la plus grande bienveillance, contribué par leurs leçons et leurs conseils, au développement de nos connaissances médicales.

Que notre compatriote, M. le professeur Lannelongue, veuille bien accepter tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons pas l'intérêt qu'il nous a témoigné durant nos études ; qu'il soit assuré de notre grande reconnaissance et de notre entier dévouement.

Nous remercions tous nos maîtres dans les hôpitaux et particulièrement M. le Dr Peyrot qui assura les premières bases de nos connaissances cliniques chirurgicales, M. le Dr Souligoux qui vient encore de nous témoigner sa bienveillance tout dernièrement en nous communiquant deux observations publiées dans notre thèse ; MM. les Drs Lermoyez et Bourgeois qui nous

ont appris la pratique délicate de l'oto-rhino-laryngologie ; notre compatriote, M. le Dr Caussade, qui nous a accueilli amicalement dans son service et nous a initié à la clinique médicale ; M. le Dr Apert que nous sommes obligé de quitter trop tôt à notre gré et auprès duquel nous venons de perfectionner nos connaissances de thérapeutique médicale.

Nous tenons surtout à exprimer notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Lejars qui durant notre troisième année d'externat nous a souvent donné des marques d'intérêt et qui a eu l'amabilité de nous indiquer le sujet de notre thèse.

Nous avons appris auprès de lui ce qu'est la technique chirurgicale prudente et sûre et ce qu'est aussi la conscience chirurgicale.

Nous remercions MM. Nelaton, Guinard chirurgiens des hôpitaux, Bailleul et Guillaume internes des hôpitaux pour les observations qu'ils nous ont communiquées. M. Viollet, préparateur d'histologie à la faculté, et M. Lefas, préparateur d'anatomie pathologique, pour la gracieuseté avec laquelle ils nous ont prêté leur concours pour l'examen histologique de pièces anatomiques.

DE L'EXAMEN SYSTÉMATIQUE

ET DE

L'ABLATION DE L'APPENDICE

AU COURS DES LAPAROTOMIES

INTRODUCTION

Bien que l'examen systématique de l'appendice au cours des laparotomies eût été déjà fait par beaucoup de chirurgiens et l'ablation systématique par quelques-uns, c'est pour la première fois en France qu'en 1904 à la Société de Chirurgie, à propos de la communication de M. le Dr Guinard sur les « erreurs du diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaires » la proposition suivante fut formulée : « Toutes les fois qu'on fait une laparotomie on doit rechercher puis enlever l'appendice, qu'il soit sain ou qu'il soit anormal. »

Depuis de nombreuses années les chirurgiens américains nous avaient précédés dans la pratique de la pros-

physectomie systématique (1). Chez nous MM. Routier et Walther ont affirmé en 1904 qu'ils croyaient rendre un gros service aux malades auxquelles ils faisaient une laparotomie en leur enlevant en même temps l'appendice ; beaucoup de praticiens cependant hésitent encore à faire la résection de l'appendice de parti pris.

Nous dirons avec notre maître M. le professeur agrégé Lejars : Même si l'appendice paraît sain ayons grande tendance à l'enlever presque toujours.

Pour essayer de légitimer cette opinion nous diviserons notre étude ainsi :

1° Fréquences des appendicites méconnues et résultat déplorable de certaines laparotomies quand on n'a point fait l'examen systématique de l'appendice et la prosphysectomie ;

2° Indications de la prosphysectomie au cours des laparotomies ;

3° Conduite à tenir lorsque l'appendice est jugé sain ;

4° Technique de la recherche de l'appendice. Technique et pronostic de la prosphysectomie au cours des laparotomies.

5° Conclusions.

1. Le mot prosphysectomie employé à l'étranger pour désigner la résection de l'appendice est mieux construit que le mot appendicectomie puisqu'il est formé de deux mots grecs (προσφυσις, appendice).

APPENDICITES MÉCONNUES D'ABORD PAR LE CLINICIEN PUIS PAR LE CHIRURGIEN

Malgré la rigueur et la conscience de l'examen clinique il arrive souvent encore qu'une appendicite soit prise pour une autre affection abdominale ou encore qu'une appendicite évoluant en même temps qu'une autre affection abdominale reste ignorée. Mais si cette méconnaissance d'une appendicite est permise au clinicien, on ne saurait excuser un chirurgien qui, ayant pratiqué une laparotomie, fermerait la paroi sans avoir fait l'examen systématique de l'appendice et méconnaîtrait une appendicite existante.

Vésicule biliaire, appendice iléo-cœcal, trompe droite, tous trois par leur disposition en cul-de-sac, l'étroitesse de leur lumière en certain point, certaines torsions rétrécissant leur calibre ou diminuant la vitalité des parois, ont la constitution anatomique d'un *locus minoris resistantiæ*.

Par suite de la continuité de la muqueuse de ces trois organes avec les muqueuses duodénale, cœcale et

utérine, le colibacille, le gonocoque ou tel autre microbe gagnera facilement les parois de ces tubes à culture et une infection banale, peu grave, au niveau de l'intestin ou de la matrice, prendra en champ clos une intensité protéiforme tantôt franche et tantôt insidieusement virulente.

Que l'envahissement de ces organes se soit fait par voies muqueuse, lymphatique ou sanguine, l'infection marche avec la plus extrême variabilité.

Les phénomènes locaux et généraux sont souvent d'intensité inversement proportionnelle et les foyers se localisent ou se propagent suivant l'exaltation du virus et la résistance de l'organisme.

D'autre part, il n'existe point de position anatomique fixe de l'appendice et les variations de la vésicule biliaire et des annexes sont elles-mêmes fréquentes.

Le clinicien aura donc pour établir le diagnostic d'appendicite, non seulement à tenir compte des variations symptomatologiques, observées lorsque l'infection atteint un appendice occupant la position normale, c'est-à-dire la plus fréquente, mais encore il devra songer qu'au siège variable de l'organe correspondent des variations dans la symptomatologie de l'appendicite.

De plus il ne devra pas oublier que les lésions peuvent coexister, ce qui n'a rien de surprenant étant donné les rapports de voisinage des organes intéressés et les relations étroites qui existent entre eux par voie lymphatique.

On comprend facilement qu'à cause de cette complexité clinique les meilleurs praticiens fassent encore

des erreurs de diagnostic et cela parce qu'ils ne peuvent faire autrement.

Crise abdominale aiguë. — En présence d'une crise abdominale aiguë survenant chez une femme jeune, caractérisée par une douleur siégeant à droite, par des phénomènes de réaction péritonéale et même par une tuméfaction iliaque, le clinicien éprouve un véritable embarras pour poser un diagnostic précis.

L'existence d'une salpingite haut située par suite d'adhérences anciennes par exemple, ou celle plus fréquente d'appendicite basse dite pelvienne ; l'existence d'une cholécystite basse, la vésicule descendant parfois jusqu'au contact du cœcum ; l'existence d'une appendicite haute, l'appendice en position rétro-cœcale remontant jusqu'au foie, augmentera la difficulté du diagnostic.

Dans ces cas en dehors des phénomènes fébriles et de la réaction péritonéale qui sont identiques dans les trois affections, les signes particulièrement caractéristiques tels que la localisation de la douleur, le siège de la tuméfaction perdent toute valeur comme éléments de diagnostic et ne servent même qu'à induire en erreur. (Obs. XI, XII, XIII, XIV).

L'appendicite aiguë peut être aussi confondue avec un kyste de l'ovaire, une salpingite à pédicule tordu, une grossesse extra-utérine rompue, (obs. IX, obs. X), elle peut aussi coexister sans que des signes nets aient permis de la diagnostiquer.

On devra donc lorsqu'une intervention est pratiquée, que le diagnostic porté soit ou non vérifié, ne pas refermer l'abdomen sans avoir cherché l'appendice. Pour

n'avoir pas agi ainsi M. Routier (séance de la Soc. de chir. du 27 janvier 1904) fut obligé d'opérer d'appendicite deux malades qui avaient subi auparavant l'un une hystérectomie totale, l'autre une salpingectomie.

Quelquefois on découvrira, sans avoir besoin de la rechercher, une masse appendiculaire au contact d'une masse annexielle; ou bien on se trouvera en présence d'une cholécysto-appendicite à foyers contigus : l'ablation se fera alors en un seul temps.

Mais dans les cas où l'appendice ne viendra pas sous les yeux, ne point pratiquer la recherche et l'examen systématique de l'appendice c'est vouloir risquer une nouvelle laparotomie (obs. II) et peut-être la mort du malade (obs. I).

Appendicite chronique. — Si les lésions aiguës de l'appendice sont souvent ignorées alors qu'il existe une autre affection abdominale, les lésions chroniques le sont encore davantage.

De nombreuses malades opérées pour fibromes, pour kyste de l'ovaire, pour rétroversion utérine, pour annexite subaiguë présentent souvent avant l'intervention des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite, des troubles intestinaux et généraux auxquels le clinicien n'attache pas d'importance, ou qu'il rattache à tout autre chose qu'à des lésions d'appendicite chronique.

Une fois le fibrome enlevé, la paroi abdominale refermée la malade continue à souffrir ; une nouvelle laparotomie devient nécessaire et la prosphysectomie après constatation de lésions appendiculaires souvent

très minimes débarrasse pour toujours le malade de ses douleurs, de ses troubles intestinaux, de ses troubles généraux (obs. III, IV, V, VI, VII, VIII) (obs. XIV).

INDICATIONS DE LA PROSPHYSECTOMIE AU COURS DES LAPAROTOMIES.

D'après Reuben Peterson (1) sur 200 cas d'appendices enlevés au cours des laparotomies l'examen histologique donne la statistique suivante :

Appendices sains		65	
Appendices douteux.			
Hyperplasie du tissu lymphoïde			
Dilatation et rétrécissement du canal appendiculaire . .		41	
Hypertrophie du tissu conjonctif			
Appendices enflammés chroniquement.			
Inflammation catarrhale			
Ulcération et atrophie de la muqueuse		57	
Atrophie du tissu lymphoïde			
Prolifération du tissu conjonctif			
Lésions inflammatoires.			94
Anciennes	28		
Aiguës	6	73	
Péri-appendiculaires	3		

L'auteur tire de son étude les conclusions suivantes :

1. *American Journal of Obstetrics*, 1904, vol. II, p. 1.

1° Lorsque l'appendice est adhérent aux annexes, il est presque toujours altéré ; 2° les déformations de l'organe n'impliquent pas une lésion de l'organe ; 3° la présence de concrétions fécales (8 pour 100 des cas) ne prouve pas que l'appendice soit malade ; 4° environ 50 pour 100 des malades atteintes de lésions annexielles chroniques présentent un appendice malade.

5° Lorsque des adhérences existent l'appendice est altéré dans plus de la moitié des cas ; 6° chez les malades atteintes de fibro-myomes utérins l'appendicite existe dans 50 pour 100 des cas ; 7° dans les kystes de l'ovaire on a trouvé l'appendice atteint 70 fois pour 100 ; l'adhérence de cet organe au kyste est fréquente ; ce dernier peut même être infecté. Peterson ajoute que l'incision médiane permet d'atteindre facilement et de le réséquer, que la résection de l'organe ne doit pas augmenter la mortalité ni retarder la guérison. Puisque, dit-il enfin, il est impossible par le simple examen de l'appendice, de déterminer si ce dernier est sain ou malade le chirurgien doit, en l'absence de contre-indication, procéder à son ablation dans toute laparotomie.

Delagenières, Barnsby, bien d'autres ont cité des cas très nombreux de lésions de l'appendice et des lésions annexielles coexistantes. Il nous a été permis de constater, en suivant les laparotomies pratiquées par M. le professeur Lejars que dans la grande majorité des cas l'appendice présentait des lésions d'inflammation chronique ou de malformations.

Quelle doit être la conduite du chirurgien lorsque après

la recherche de l'appendice il se trouvera en présence de cet organe ?

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une appendicite aiguë avec diffusion dans le péritoine, la prosphysectomie sera absolument indiquée ; dans les cas d'abcès localisés on s'abstiendra de réséquer l'appendice car on s'expose par cette pratique à inoculer la grande cavité péritonéale.

S'il existe une collection appendiculaire et une collection salpingienne au contact l'une de l'autre, pouvant s'ouvrir l'une dans l'autre (comme on l'a vu dans un cas où le pus de l'appendice coulait par le vagin après avoir suivi la trompe) on fera l'exérèse en un seul temps.

Les lésions les plus fréquentes seront des lésions d'appendicite chronique et des malformations de l'appendice.

L'appendicite chronique se reconnaîtra à l'aspect de l'appendice lui-même et aux lésions de péri-appendicite : L'appendice est atrophié ou hypertrophié, il est souvent coudé, présente des rétrécissements suivis d'une dilatation d'un kyste la plupart du temps terminal ; à travers sa paroi on peut percevoir des calculs ; l'organe peut être souvent à peine congestionné.

Les lésions de péri-appendicite seront des adhérences épiploïques cœcales ou coliques ; des brides capables parfois de provoquer des phénomènes d'occlusion ; quelquefois des ganglions dans le méso-appendiculaire ; les adhérences existent souvent avec la tumeur salpingienne ou utérine, il y aura une infiltration inflamma-

toire unissant les deux organes ; l'appendice est alors enserré dans une gangue plastique ; il y a tendance à la sclérose avec oblitération totale ou partielle de la lumière appendiculaire, c'est l'appendicite oblitérante atrophique de Glantenay.

En résumé chaque fois qu'on trouvera des brides, des adhérences, des indurations, des bosselures, des arborisations vasculaires exagérées à la surface, chaque fois qu'on trouvera une altération de structure manifeste, on devra réséquer l'appendice (obs. XVI à XXII).

Ces diverses lésions macroscopiques pouvant permettre d'affirmer des lésions folliculaires microscopiques on est en droit de penser que les follicules clos altérés ne constituent plus des centres de défense ; ils deviennent au contraire un lieu de cantonnement pour les microbes. La perméabilité du canal appendiculaire serait elle-même rétablie que les recessus infectés de l'appendice seraient encore insuffisamment drainés ; les opérations ont fait voir que des appendices qui présentent de graves lésions avaient conservé leur perméabilité et cela dans toute leur étendue.

Ces appendices devront donc être réséqués parce que même cliniquement guéris ils portent dans leurs parois la menace d'accidents nouveaux, parce qu'une fois frappés ils restent anatomiquement tarés. Le professionnel de l'appendicite, dit Roux, garde dans son tissu adénoïde, dans les cicatrices résiduales ou pariétales tous les éléments nécessaires pour contracter une nouvelle périty-phlite à l'occasion de toutes les hyperhémies physiologiques (indigestions, refroidissements, menstruation).

La moindre infection nouvelle de l'organisme quel que soit le point de départ sera capable d'ajouter à la virulence existante et de faire un apport de germes nouveaux. L'appendice sain n'aurait pas dans ces cas-là résisté ; pour l'appendice déjà atteint la résistance sera vaine; on peut s'attendre à toutes les éventualités et le mieux pour prévenir une poussée aiguë funeste c'est de pratiquer sans hésiter le prosphysectomie.

L'appendice peut aussi présenter des malformations qui indiquent la résection.

Les plus fréquentes de ces malformations constituent en coudures, rétrécissements, torsions qui prédisposent à l'appendicite par plusieurs mécanismes dont le plus fréquent est la transformation en vase clos. Elles sont un danger pour l'individu ; elles créent un état d'insécurité abdominale que le chirurgien a le droit de supprimer.

Les diverticules appendiculaires qui peuvent présenter des ulcérations et des cicatrices sont tout disposés pour former cavité close (appendicites diverticulaires) ou pour se perforer d'une façon précoce. Une telle disposition pourra lors d'une deuxième crise d'appendicite produire une péritonite d'emblée par perforation. Des appendices porteurs de tels diverticules devront être réséqués.

Que dire de la longueur démesurée de l'appendice ? M. Quénu à la séance de la Société de chirurgie du 27 janvier 1904 dit qu'étant donnée la variation de cet organe qui varie entre 2 et 20 centimètres il est difficile d'apprécier lorsque sa taille est démesurée. Il

ajoute : « Il ne suffit pas non plus de dire qu'un appendice est malade parce qu'il est coudé ; certains appendices, de par la disposition même de leur méso, présentent des coudures qui ne nuisent pas fatalement à libre circulation de son contenu ; d'autres sont enroulés en spirale sans offrir à l'examen aucune altération. De même un appendice peut renfermer des matières fécales molles sans appartenir en aucune façon à la pathologie.

Il ne faut pas davantage attribuer à une altération pathologique certaines vascularisations ou piquetés de la muqueuse qui résultent de la ligature de l'appendice et des manipulations que son extraction a pu nécessiter. »

Nous répondrons à M. Quénu avec M. Guinard (séance du 9 mars 1904. Soc. de ch.) que l'on doit se méfier des appendices longs, qu'ils sont un danger pour les sujets qui en sont porteurs ; car si tous les appendices de plus de 15 centimètres ne sont pas voués fatalement à l'infection ils y sont sûrement plus exposés que ceux dont la longueur moyenne indiquée par M. Poirier est de 12 centimètres.

L'état macroscopique de l'organe peut d'ailleurs faire croire à l'intégrité de l'organe alors qu'il existe des lésions histologiques.

M. Pozzi rapporte un cas où il y avait tous les signes d'une appendicite aiguë (T. 38°, pouls à 120, douleur localisée). A l'œil nu l'appendice parut sain à part une bulle d'œdème sous-séreux qui seule trahissait un certain degré d'altération.

L'examen histologique a montré des lésions très nettes d'appendicite folliculaire.

Les cas de ce genre sont extrêmement nombreux :

Ayant fait un diagnostic d'appendicite et ayant pratiqué la laparotomie latérale le chirurgien pourra se trouver en présence d'un appendice en apparence douteux mais s'expliquant par les symptômes constatés ; il cherchera du côté des annexes ; on trouvera une lésion inconnue ; mais il ne devra pas oublier de réséquer l'appendice (Obs. XV).

L'appendice hernié présentant d'une façon constante des altérations microscopiques ou du moins histologiques surtout endopéri-appendiculaires : les plus profondes de ces lésions atteignant la muqueuse et la sous-muqueuse on devra toujours extirper l'appendice hernié ou aperçu au collet du sac.

Il est toujours difficile de distinguer à l'œil les lésions banales appendiculaires existant chez tout homme à partir d'un certain âge et les lésions entraînant des accidents, de faire le point de départ entre l'appendicite chirurgicale et l'appendicite histologique, mais on ne devra pas hésiter.

En réalité l'opération que l'on pratique à froid après une première crise d'appendicite n'est qu'une opération préventive et les lésions ne sont pas souvent plus manifestes que dans les cas dont nous venons de parler.

Pour édifier ceux qui ne savent pas se décider à réséquer l'appendice lorsqu'il n'y a que des lésions minimes et douteuses nous nous contenterons de citer le cas suivant que nous devons à l'obligeance de M. Nélaton et de son interne M. Bailleul.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. le Dr Nélaton et de M. Bailleul interne.

Mme B..., âgée de 37 ans, entre dans le service de M Nélaton, le 20 décembre 1904: passé génital; curettage.

Diagnostic porté : Lésions annexielles bilatérales.

Opération le 23 décembre : Hystérectomie subtotale ; ablation bilatérale des annexes. Examen de l'appendice d'aspect normal qu'on ne résèque pas.

Suites de l'opération excellentes.

Lavement. Purgation. La malade commençait à s'alimenter quand le 1er janvier elle présente des phénomènes d'obstruction intestinale, et des vomissements. L'état reste grave pendant quelques jours : glace sur le ventre. M. Nélaton pensant à une inflammation au niveau du moignon utérin fait une colpotomie le 4 janvier 1905. Pas de pus. L'état de la malade ne s'améliore pas, douleurs violentes dans tout l'abdomen plutôt à droite ; vomissements bilieux ; quelques lavages de l'estomac soulagent un peu la malade. Le 17 janvier son état s'aggrave ; le 19 elle meurt.

Autopsie. — Péritonite suppurée d'origine appendiculaire, appendice perforé.

Il est d'autres indications de la prosphysectomie. La malade peut, avant la laparotomie pratiquée pour une affection abdominale, avoir présenté en dehors des signes de cette affection non seulement des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite (appen-

dicalgie de M. Guinard) mais aussi des troubles digestifs et des troubles généraux.

D'une part la persistance de ces phénomènes après l'ablation des annexes de l'utérus, et lorsque l'intégrité des organes génitaux ayant été reconnue on a jugé l'appendice sain ou l'on s'est contenté de libérer les adhérences; d'autre part la disparition dans bien des cas de ces douleurs et de ces troubles intestinaux et généraux après la prosphysectomie, semblent démontrer l'utilité de la prosphysectomie lorsque l'appendice paraît sain mais que la malade a présenté avant l'opération les symptômes de l'appendicite chronique.

Lorsque ayant mis en pratique les indications que nous venons d'énoncer et qu'on aura été conduit à faire la prosphysectomie on pourra se dire avec Edwir Richetts : « Si je n'avais pas été à la recherche de l'appendice et si je n'avais pas pratiqué la résection, la malade aurait continué à se plaindre de ses lésions et j'aurais passé pour avoir fait une opération inutile. » Il convient d'ajouter : si je n'avais pas fait la prosphysectomie la malade aurait peut-être fait une poussée aiguë d'appendicite et en serait peut-être morte.

Il nous reste à examiner les cas où la malade n'ayant pas présenté préalablement de douleurs dans la fosse iliaque droite ni des troubles quelconques pouvant, faisant penser à l'appendicite chronique, le chirurgien se trouve en présence d'un appendice qui semble absolument sain.

DE L'ABLATION PRÉVENTIVE DE L'APPENDICE

Au cours d'une laparotomie l'opérateur se trouve directement ou après avoir fait la recherche systématique en présence d'un appendice ne présentant point d'adhérences, de kystes, de corps étranger, d'arborisation vasculaire à sa surface séreuse ; en présence d'un appendice de forme, de longueur, de grosseur, de consistance normales. Que va-t-il faire ?

Un grand nombre de chirurgiens américains font la prosphysectomie de parti pris depuis bien des années. Ce sont Mac Burney, Edebohls, Morris, William Bull à New-York ; Morphy et Steele à Chicago, Da Costa à Philadelphie ; Gabor, Gdhussow à Washington ; Edwir Richetts, tous convaincus que l'appendice est une dangereuse portion du tube digestif, que c'est un facteur de troubles pour l'individu qui en est porteur, qu'il est « comme une torpille et qu'on ne sait jamais quand il sautera ».

En Allemagne Kehr (1) fait l'humoristique réflexion

1. *Beitrage zur Banchchirurgie. Neuve Folge.*

suivante : avec l'appendice comme avec la vésicule biliaire on ne devrait pas agir aussi timidement. Ces deux organes n'ont d'autre raison d'être, que d'ennuyer l'humanité et si l'on jette un coup d'œil sur le mal indescriptible que ces deux appendices amènent journellement dans le monde, il ne faut pas hésiter pour les éliminer de l'organisme lorsque l'occasion se présente et les plonger dans de l'alcool dénaturé, parce qu'ils ne méritent pas d'alcool absolu. »

En France où l'on s'est mis lentement à faire d'une façon systématique la recherche de l'appendice on s'effraye à la pensée d'accoler le mot systématique au mot prosphysectomie ; et le diverticule prépare souvent encore dans un ventre refermé l'inflammation funeste qui nécessitera une nouvelle laparotomie et causera souvent la mort du malade.

A peine des chirurgiens ont-ils parlé de la résection de parti pris au cours des laparotomies laissant entrevoir qu'en matière de prophylaxie, l'idéal serait de pouvoir pratiquer cette opération chez l'enfant, comme dans certains cultes on enlève le prépuce, que de nombreux chirurgiens ont protesté :

« Bientôt, dit P. Delbet (1), l'appendice sera mal porté, on exigera des candidats aux écoles et aux places du gouvernement un certificat d'appendicectomie en même temps et au même titre qu'un certificat de vaccine. »

« L'affection n'est pas assez fréquente, dit Monod (2)

1. *Traitement de l'appendicite*, p. 353. Steinheil éditeur.
2. *L'Appendicite*, p. 152. Monod et Vanverts.

l'enfant n'y est pas exposé d'une façon tellement fatale que l'on puisse se considérer comme autorisé à pratiquer une opération dont la bénignité n'est pas absolue. »

« Je ne crois pas que l'appendice, nous a répondu M. Lucas-Championnière à qui nous avons demandé son avis, déjà exprimé d'ailleurs dans une clinique chirurgicale publiée dans le *Journal des Praticiens*, soit un organe qui ne sert à rien, comme disaient encore hier les classiques ; la glande thyroïde et les amygdales ne servaient non plus à rien. Quand on ignore les fonctions d'un organe on déclare que ses fonctions sont nulles et le problème est tout de suite tranché.

Les anatomistes nous apprennent que l'appendice est une façon d'organe embryonnaire devenu inutile et que la suite des temps appelle à disparaître. C'est une explication qui offre au moins l'avantage d'avoir quelques semblants de raison. Mais je n'y souscrirai pas et voici pourquoi : De par sa constitution histologique, l'appendice est un organe à part, différent de tout l'intestin. C'est avant tout un organe lymphoïde, une sorte d'amygdale intestinale si l'on veut. Or, de même que l'amygdale à l'entrée du tube digestif se présente comme une glande dont les fonctions sont de s'opposer à l'infection, l'appendice joue dans l'intestin peut-être un rôle analogue. Seulement il arrive que la lutte dépasse la résistance, que l'infection force le passage que lui oppose l'amygdale ou l'appendice, qu'elle éclate en une amygdalite ou une appendicite : faut-il

donc enlever tout organe qui risque de s'enflammer. De plus, croyez-vous que l'ablation soit tout à fait innocente ; je connais, pour ma part, un cas suivi de mort pour une ablation à froid d'appendice présentant de minimes lésions, ablation faite par un excellent chirurgien. »

M. Dieulafoy nous a dit être partisan non seulement de l'examen systématique de l'appendice, mais encore de son ablation systématique.

Tous les médecins n'ont point cette opinion.

M. Charrin (1), dans un article de la *Semaine médicale*, teinté de beaucoup d'ironie, mais de peu d'arguments probants, quoique se refusant à toute critique au point de vue moral, met les interventions chirurgicales et en particulier la prosphysectomie en face des nouvelles données de la physiologie et de la pathologie générale. « Au moment de se prononcer, dit-il, sur le maintien ou l'ablation de tel ou tel viscère assez souvent les destinées de ce viscère ne semblent pas peser suffisamment sur les décisions à prendre. Sans même un essai de traitement médical, qui, bien conduit, n'est pourtant pas constamment dépourvu de toute efficacité, chaque jour l'appendice disparaît chirurgicalement. » Il ajoute : « Chez le lapin, les dimensions relativement considérables de cet organe, sa structure si particulièrement lymphoïde qui, nettement, le distingue du cœcum, ses réactions capables de localiser sur sur ses parois des virus spéciaux, autrement dit de

1. *Semaine médicale*, 8 février 1905.

multiples facteurs portent à penser que, du moins chez cet animal, son rôle n'est pas sans valeur. Des expériences encore bien insuffisantes paraissent attester que la croissance affecte quelques rapports avec l'intégrité appendiculaire. »

Les physiologistes restent muets sur le rôle physiologique de l'appendice et le considèrent comme un amas de follicules clos.

Cependant au mois de janvier dernier Wiliam Mac Ewen a fait paraître un article sur les fonctions du cœcum et de l'appendice (1). Il s'efforce de démontrer que contrairement à l'opinion classique le cœcum et l'appendice ont des fonctions bien définies dans la digestion intestinale. Ce rôle bien plus important dans certaines espèces animales que chez l'homme n'est cependant pas négligeable chez ce dernier : d'abord le cœcum et l'appendice sont le siège d'une sécrétion profuse de suc intestinal originaire des nombreuses cryptes de Lieberkuhn que contient la muqueuse. Sur un malade qui avait perdu la paroi antérieure du cœcum par suite d'une explosion, on voyait que peu de temps après le repas la cavité cœcale s'imprégnait d'une abondante sécrétion alcaline issue des cryptes de la muqueuse et arrivant par l'orifice de l'appendice. Cette sécrétion augmentait juste au moment où le contenu intestinal était déversé à travers la valvule iléo-cœcale Cette dernière possède un rôle de contention réflexe analogue au pylore.

1. *The Canadian Practitioner and Review*, janvier 1905.

Elle ne verse le contenu intestinal dans le cœcum que par petites quantités et que lorsque le contenu cœcal a été saturé par le suc intestinal. Pendant ce temps le cœcum est le siège de mouvements qui brassent le contenu et le ramènent au fond de l'organe et vers l'orifice appendiculaire.

Outre ce rôle, le cœcum et l'appendice possèdent une flore microbienne extrêmement riche qui doit jouer un rôle important dans la digestion intestinale. L'appendice est un véritable tube de culture. Si ses fonctions sont détruites la porte est ouverte à la stagnation des matières et à l'inflammation. Il y a une véritable indigestion cœcale qui doit jouer un certain rôle dans l'étiologie de l'appendicite.

Si l'ablation de l'appendice n'entraîne pas de troubles apparents dans l'organisme cela ne prouve pas son inutilité; il n'est pas le seul viscère qui soit dans le même cas. L'appendice doit prendre rang dans les organes à sécrétion interne et dans les organes digestifs aussi bien par sa sécrétion propre que par les produits des micro-organismes qu'il contient.

D'après toutes les opinions que nous venons de rapporter on peut dire en résumé que la prosphysectomie de parti-pris a contre elle deux arguments :

1° La prosphysectomie prive l'économie d'un organe ayant une valeur physiologique.

2° La prosphysectomie complique une opération abdominale.

Il serait facile de répondre simplement au premier argument en conviant les détracteurs de la prosphysec-

tomie de parti pris à considérer qu'autour d'eux la foule des individus privés d'appendice depuis de nombreuses années jouit d'une excellente santé.

Examinons cependant les qualités physiologiques dont on a doté l'appendice parce que la physiologie comparée avait indiqué son utilité chez certains animaux :

On peut distinguer dans la série animale :

1° Des espèces qui ne possèdent ni cœcum, ni appendice ; ce sont les cheiroptères, les édentés, les carnivores, les insectivores, les cétacés, les singes inférieurs. M. Marie a présenté à la société anatomique le 29 mai 1903 un cœcum humain dépourvu d'appendice. L'absence congénitale d'appendice est donc aussi possible chez l'homme.

2° Des espèces qui possèdent un volumineux cœcum ce sont les herbivores (lapins et marsupiaux), les oiseaux dont l'alimentation est végétale.

3° Des espèces où une partie du cœcum a subi un arrêt de développement, où elle est devenue rudimentaire, où elle s'est transformée en appendice vermiforme ; ce sont les humains, les singes anthropoïdes, les oiseaux carnivores.

Les variations du cœcum semblent être d'une façon générale comme les variations de longueur du tube digestif sous la dépendance du régime alimentaire des espèces.

Chez les herbivores, le cœcum, dont une partie correspond à l'appendice, remplit une fonction notable dans l'acte de la digestion des matières végétales. Enra-

ciné profondément dans l'organisme animal, il s'est conservé au delà de son utilité et c'est pour cela que nous le rencontrons comme partie constante du tube digestif de l'homme.

Chez les oiseaux végétariens à cœcum développé bien étudié par M. Maumus dans sa thèse de la Faculté des sciences (1902), si l'on considère les vaisseaux, les nerfs, la richesse glandulaire du cœcum, le nombre considérable de villosités qui en tapissent l'intérieur, on est déjà tenté de supposer qu'ils jouent un certain rôle dans l'économie et que l'absorption doit être très active le long de leurs parois.

L'étude de ces animaux montre de plus que les résidus de la digestion viennent toujours s'engager dans leur intérieur et chez certains types comme le Nandou où l'organe atteint des dimensions considérables, on le trouve constamment rempli de débris alimentaires souvent à demi digérés, alors même que le reste de l'intestin se présente dans un état complet de vacuité; la sécrétion des sucs glandulaires de ces organes possède un certain nombre de diastases pouvant agir sur les féculents, les sucres et les matières albuminoïdes; c'est une raison de plus pour dire que les cœcums de ces oiseaux jouent un rôle effectif daus les phénomènes digestifs. Ce rôle n'est point cependant indispensable à la vie puisque l'ablation de ces organes peut être pratiquée sans qu'une telle opération ait des suites fâcheuses.

Nous avons vu plus haut l'importance physiologique que M. Charrin attribue au cœcum du lapin.

M. Maumus dans son étude dit aussi qu'il existe des oiseaux vivant exclusivement de chair, surtout les piscivores, chez lesquels le cœcum est rudimentaire. La vascularisation et l'innervation y sont très faibles. Les villosités n'y existent pas à vrai dire ; et l'on ne voit jamais les débris alimentaires pénétrer dans leur intérieur. Les glandes à canal excréteur y sont peu nombreuses et l'on n'y observe guère que des follicules clos qui forment à eux seuls la moyenne partie des tissus constitutifs de l'organe. Ne croirait-on pas à la lecture de cette description lire la description de l'appendice ilio-cœcal humain. Le régime carné pour les oiseaux, le choix que l'homme, guidé par l'expérience, fait d'aliments de plus en plus facilement assimilables ont rendu inutile ce cul-de-sac où brasés dans le suc cœcal les végétaux subissaient leurs dernières modifications.

L'élément musculaire et l'élément glandulaire des parois ont disparu peu à peu voués qu'ils étaient à l'inaction ; les aliments ne pénétrant plus dans l'intérieur de l'organe le calibre a considérablement diminué. Si réellement la muqueuse cœcale joue un rôle dans la digestion chez l'homme, comme le dit Mac Ewen, ne pourra-t-elle suppléer au rôle analogue que doit jouer la muqueuse appendiculaire qui n'est en somme que l'ancienne muqueuse cœcale.

Quelques centimètres carrés de muqueuse appendiculaire dont la prosphysectomie prive la surface intestinale ne sauraient par leur absence provoquer de grands troubles dans l'économie.

La place laissée par l'atrophie du tissu musculaire et

glandulaire des parois appendiculaires a été occupée par le tissu lymphoïde et c'est comme une véritable plaque de Peyer évaginée que le chirurgien doit considérer l'appendice : il sait combien les follicules clos séparés seulement de la lumière du tube intestinal par une mince couche épithéliale peuvent facilement s'enflammer, il sait combien la virulence des germes pourra s'exalter dans la cavité et dans les parois de l'appendice et combien le péritoine est prompt à participer à la maladie. L'utilité tout à fait relative d'un organe lymphoïde que cent autres échelonnés le long du tube digestif pourront suppléer ne peut dans son esprit être d'un poids suffisant pour lui faire oublier le danger que fait courir l'appendicite.

Quant au rôle de glande à sécrétion interne pas une expérience probante n'a jusqu'à maintenant été indiquée et nous ne croyons pas que la prosphysectomie ait amené chez l'enfant des troubles de la croissance comparables à ceux que M. le Dr Charrin a constatés chez les lapins.

Quoi qu'il en soit la proportion considérable d'appendices tarés enlevés au cours des laparotomies engagera le chirurgien à réséquer l'appendice.

La statistique de Clark de Philadelphie donne les lésions suivantes :

Appendice normal	26
Péri-appendicite.	39
Appendicite catarrhale.	18
Appendicite chronique.	13

Appendicite oblitérante.	8
Appendicite aiguë	4
Hyperplasie des éléments lymphoïdes. . .	2
Appendicite subaiguë	3
Concrétions fécales dans l'appendice . . .	5
Appendicite interstitielle	1
Carcinome primitif de l'appendice	1
Atrophie de la muqueuse par torsion. . .	1
Constriction due à une appendicite antérieure	1

20 pour 100 d'appendices normaux !

D'autre part, l'appendice s'oblitère (25 0/0 d'après Ribbert) très souvent ; ce sont surtout les personnes âgées de plus de 30 ans qui accusent cette particularité ; sa lumière disparaît en partie ou totalement de sorte que l'organe se sépare du reste du tube digestif. Dans ces cas-là la digestion ne se fait pas autrement ni moins bien que dans les cas normaux : et ce fait plaide encore en faveur de l'inutilité fonctionnelle de l'appendice. Que l'oblitération soit d'origine inflammatoire (Letulle-Weinberg), qu'elle soit l'involution d'un organe en grande partie atrophié (Ribbert, Zuckerhandl, Sudmki) la prosphysectomie débarrassera l'individu de cet organe dangereux.

Chez les jeunes gens et surtout chez les enfants les follicules clos sont nombreux et si pressés qu'ils se touchent presque partout et l'appendice conserve sa lumière intacte ; et par suite, sa communication avec le reste du tube digestif étant facile, il a plus de chance de s'enflammer. D'après Trèves 36 0 0 des cas s'obser-

vent chez des personnes au-dessous de 20 ans. On devra donc d'autant plus songer à la résection de l'appendice au cours d'une laparotomie lorsque l'opéré sera jeune.

Nous répondrons au second argument en citant ces mots de M. Routier à la séance du 27 janvier 1904 de la Société de chirurgie : « Comme j'estime que l'ablation de l'appendice ne complique aucunement une hystérectomie ou une salpingectomie, que la mortalité ne peut pas être augmentée, je crois rendre un gros service aux malades auxquels je fais une laparotomie, en leur enlevant en même temps l'appendice ; voilà plusieurs années que j'agis ainsi et je n'ai qu'à m'en féliciter » (Obs. XXIII, obs. XXIV).

Nous terminerons en donnant à méditer aux détracteurs de la prosphysectomie de parti pris ces mots prononcés à la Société de chirurgie par notre maître le professeur Lejars :

« Pour n'avoir pas prolongé de quelques minutes l'intervention pour débarrasser une malade de son appendice et la préserver ainsi d'accidents ultérieurs j'ai vu mourir une femme encore jeune à laquelle j'avais fait six mois avant une hystérectomie abdominale pour un gros fibrome ; elle était de santé florissante lorsqu'elle fut prise d'une appendicite perforante. Transportée dans mon service à la période ultime elle succomba. Si j'avais enlevé l'appendice en même temps que la tumeur utérine n'aurais-je pas fait œuvre utile ? »

TECHNIQUE DE LA RECHERCHE ET DE L'ABLATION

I

LAPAROTOMIES GYNÉCOLOGIQUES

Laparotomies pour tumeurs ou lésions inflammatoires subaiguës et chroniques.

C'est l'incision verticale et médiane sous-ombilicale que l'on emploie presque exclusivement en chirurgie gynécologique. Une fois le péritoine ouvert et les lèvres repérées, les efforts du chirurgien doivent d'abord tendre à vérifier le diagnostic porté et à faire l'opération gynécologique s'il n'y a pas erreur de diagnostic. Ce n'est que l'opération une fois terminée que l'opérateur fera la recherche systématique de l'appendice et son examen. Cette recherche ne sera contre-indiquée que si l'opération a été trop pénible et que si la vie du malade est en danger.

La position de Trendelenburg exigée par l'opération gynécologique peut venir en aide au chirurgien car en même temps que celui-ci voit la masse des anses grêles glisser vers la voûte diaphragmatique et les organes pelviens se découvrir, il aperçoit souvent aussi le cœcum et l'appendice. Quand l'appendice est au contact immédiat d'une tumeur de l'utérus ou des annexes l'exérèse se fait dans un seul temps. Mais lorsque l'appendice reste caché l'opérateur va à sa recherche, manœuvre facile car l'incision verticale médiane permet d'explorer facilement toute la cavité abdominale et d'agir aussi bien sur les organes latéraux que sur les organes médians. Il ne faut point pourtant aller à l'aveuglette avec les doigts en fourrageant dans la profondeur de la cavité abdominale.

C'est le cœcum qu'on doit reconnaître d'abord parmi les anses intestinales et on l'attire dans la plaie. L'appendice se montre souvent immédiatement. Dans le cas contraire on recherche les bandes longitudinales du cœcum, l'on suit l'une d'elles l'antérieure ordinairement jusqu'à son point de rencontre avec les deux autres : c'est en cet endroit que s'implante l'appendice. On s'aide de la vue et du palper et l'on finit toujours par trouver l'organe soit libre soit adhérent à la paroi ou au cœcum. S'il est faiblement adhérent, on libère doucement les adhérences avec le doigt ou les ciseaux mousses ; on doit contrôler par la vue la manœuvre car un petit abcès peut s'ouvrir, passer inaperçu et infecter la cavité péritonéale. S'il est fortement adhérent au cœcum on doit le sculpter dans l'épaisseur

même des parois cœcales ; puis on péritonise la surface cruentée. L'appendice une fois libre on l'isole de la cavité par des compresses aseptiques et l'on fait la résection comme on la pratique lorsqu'on opère une appendicite à froid sans oublier d'enfouir le moignon de l'appendice et du méso soit dans les débris péritonéaux du méso-appendice soit dans l'épaisseur de la paroi cœcale.

Laparotomie faite en vue de corriger une rétroversion de l'utérus.

Dans les laparotomies faites pour rétroversion de l'utérus, l'incision nécessaire pour trouver et raccourcir le ligament rond du côté droit doit être prolongée à droite et en dehors pour mettre à nu le bord externe du muscle droit de l'abdomen. Il suffit alors d'inciser la gaîne du muscle pour arriver directement sur l'appendice. Il vaut toujours mieux commencer l'opération du raccourcissement du ligament rond du côté gauche en prévision d'un foyer septique.

Laparotomie pour lésions aiguës.

Quand on fait le diagnostic d'annexite aiguë mais qu'il y a une douleur localisée au niveau de l'appendice, qu'un léger doute existe sur la nature exacte de l'affection ou sur la coexistence des deux lésions on doit proscrire l'hystorectomie vaginale qui est impuissante contre l'appendicite et faire la laparotomie médiane.

OBSERVATION

due à l'obligeance de M. le Dr Souligoux.

Madame X... âgée d'environ 36 ans, présenta il y a deux ans des phénomènes péritonitiques qui furent mis sur le compte d'une lésion des annexes. Un chirurgien appelé, le Dr A..., crut qu'il s'agissait d'une pelvi-péritonite et fit une incision du cul-de-sac postérieur.

D'après les dires de la malade le Dr A... lui aurait dit que l'on avait enlevé l'ovaire droite. Par l'incision il ne s'écoula d'ailleurs que du sang.

La malade ne fut nullement guérie, et me fut adressée avec le diagnostic appendicite chronique. Ce fut aussi tout à fait mon avis et je lui conseillai l'ablation de l'appendice. Ne sachant pas au juste ce qui avait été fait par le Dr A... je décidai de pratiquer une laparotomie médiane. Le ventre ouvert, je constatai que les annexes des deux côtés étaient saines. L'appendice descendait le long du petit bassin, était gros, à parois très épaissies et adhérent aux tissus voisins. Ablation suivie d'enterrement du moignon sous un surjet.

Guérison sans incidents. Guérison qui s'est maintenue depuis.

J. L. Faure cite un cas analogue dans ses *Leçons de Clinique*, 1905, p. 263.

Si les annexes sont malades on agit en conséquence en enlevant par exemple un pyo-salpinx. Si les annexes sont saines et que l'on découvre un abcès appendiculaire adhérent à la paroi on peut faire une incision latérale, une laparotomie sous-péritonéale afin d'évacuer la collection purulente sans traverser la paroi ; mais dans ce cas c'est une opération d'appendicite

proprement dite et c'est en dehors de notre sujet. Si comme dans le cas cité par M. le professeur agrégé Lejars dans son *Traité de chirurgie d'urgence* on tombe sur une poche occupant la partie médiane du bassin, qu'aux premiers essais de décortication cette poche se crève en donnant issue à une grande quantité de pus, qu'une traînée purulente conduise jusqu'à la fosse iliaque et qu'on découvre l'appendice énorme, sphacélé et perforé, on le résèquera, on détergera aussi soigneusement que possible toute la cavité, on drainera. Si les deux organes sont simultanément infectés on les enlève tous les deux à moins que l'on ne se contente de drainer largement si cette extirpation paraît devoir être trop grave à cause de la virulence des lésions et demander des manœuvres intra-péritonéales trop prolongées.

II

LAPAROTOMIE POUR LÉSIONS DES VOIES BILIAIRES.

Lorsque la symptomatologie semblera indiquer que l'infection ne s'est pas cantonnée sur la vésicule biliaire et que l'appendice est peut-être malade, c'est-à-dire dans les cas de cholécysto-appendicite et d'appendicite ayant présenté des signes vésiculaires on ne devra pas se contenter d'explorer la vésicule et les voies biliaires seules, on devra aller à la recherche de l'appen-

dice. « N'opérer que la cholécystite, dit le professseur Dieulafoy, quand on pense qu'il existe des lésions de l'appendice, c'est laisser à la toxi-infection appendiculaire toute sa gravité. »

Quel procédé opératoire emploiera-t-on de préférence ?

L'incision qui conviendra le mieux sera celle qui avec le plus d'économie possible des téguments permettra de juger de l'état de l'appendice après avoir apprécié celui de la vésicule biliaire.

On pourra adopter le procédé de Lawson Tait que l'on prolongera assez bas ; l'incision sera faite le long du muscle droit.

Si l'on veut plus de jour dans la région iléo-cœcale on pourra ajouter à l'incision de Lawson Tait l'incision de Roux.

Un autre procédé, le meilleur peut-être, est l'incision en S allongé, préconisée par Arthur Dean Beven pour les affections du foie ; cette incision donne à la fois un grand jour sur la région de la vésicule et sur la région iléo-cœcale : C'est une incision verticale le long du bord externe du droit, avec incision oblique en haut et en dedans à l'extrémité supérieure, une incision oblique en bas et en dehors à l'extrémité inférieure de la première.

PRONOSTIC DE PROSPHYSECTOMIE AU COURS DES LAPAROTOMIES

L'exploration systématique de l'appendice au cours des laparotomies et la prosphysectomie compliquent-elles réellement une opération déjà sérieuse par elle-même ? Nous croyons pouvoir affirmer que non. Lorsque les lésions appendiculaires sont minimes et que l'appendice est facilement libéré de ses adhérences, à plus forte raison lorsqu'il est libre ou sain, son ablation allonge à peine de quelques minutes l'opération et il faut que l'opérateur soit véritablement fatigué ou pressé pour ne pas vérifier l'état de l'appendice et ne pas le réséquer.

Lorsque l'appendice est difficilement découvert, qu'il est caché au sein d'adhérences que son exérèse est longue c'est justement dans ces cas que la prosphysectomie s'impose au chirurgien car il n'a pas le droit, prenant comme excuse l'aggravation de l'intervention de laisser dans l'abdomen une infection latente qui demain peut-être nécessitera une nouvelle laparotomie,

Le pronostic d'une intervention pour annexite bilatérale n'est pas plus grave que celui d'une intervention pour annexite unilatérale. Pourquoi donc hésiter lorsqu'on sait que l'on peut guérir le malade d'une appendicite chronique, le débarrasser de ses crises de prosphysalgie, le préserver peut-être d'une appendicite future.

Quant aux suites opératoires il n'a pas été publié d'observations démontrant que la prosphysectomie retarde ou empêche en quoi que ce soit la guérison. Et l'état de santé de tous ceux à qui, depuis des années, l'appendice fait défaut prouve suffisamment que son rôle, s'il en a un, est bien peu important.

Il ne faut pas oublier de dire au malade guéri que l'on a réséqué son appendice pour que dans la suite un clinicien ne fasse pas un diagnostic d'appendicite et pour qu'un chirurgien au cours d'une nouvelle laparotomie possible ne recherche pas l'appendice.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Diagnostic douteux : Appendicite ou cholécystite. Laparotomie. Recherche et examen de la vésicule qui est jugée saine. Recherche sans résultat de l'appendice. Mort. Autopsie Appendice perforé.

W. Keen. *Philadelphia med. Soc.*, 1891.

Une jeune femme de 30 ans est prise brusquement d'une violente douleur au-dessous du rebord costal droit. Le lendemain ou le surlendemain, un de ses enfants la heurte accidentellement dans cette même région, en produisant une vive souffrance. Cinq jours après, les douleurs deviennent extrêmement vives et la malade tombe dans un tel état de collapsus que son médecin crut qu'elle allait mourir.

Température 36°. Une stimulation énergique la ranima, mais la douleur persista aussi intense. Une nouvelle crise de collapsus se produisit le huitième jour avec refroidissement des extrémités ; c'est alors que le Dr Keen fut appelé en consultation.

La cuisse était fléchie, le côté droit de l'abdomen extrêmement sensible, avec tension extrême des muscles; le plus léger

attouchement produisait une vive douleur. Du côté gauche, une pression modérée était bien supportée. La douleur siégeait exactement au-dessous du bord inférieur du foie, diminuant progressivement vers la fosse iliaque. Rien du côté de l'utérus et des annexes. On décida une laparotomie exploratrice pour le lendemain, le diagnostic hésitant entre une appendicite et une affection indéterminée du foie ou de la vésicule biliaire.

A l'ouverture de l'abdomen, on vit le bord gauche du foie adhérent au côlon par des adhérences récentes, et le péritoine pariétal fortement injecté à ce niveau.

La vésicule biliaire était normale. On ne put y découvrir aucune trace d'inflammation. La région iliaque droite et le cœcum ne présentaient aucune lésion, mais l'appendice ne put être trouvé. Il y avait une grande accumulation de sérosité dans le flanc droit. L'abdomen fut lavé à l'eau chaude et refermé sans qu'on eût pu découvrir la cause des accidents. La malade mourut quatre jours après l'opération.

L'autopsie montra une appendicite perforante. L'appendice long de trois pouces remontait directement en arrière du cœcum et du côlon, appliqué contre les parois du gros intestin, entre les deux lames du méso-côlon. Son extrémité était perforée et communiquait avec un petit abcès contenant à peine une cuillerée de pus mélangé de quelques matières fécales.

OBSERVATION II

Fibrome et annexite suppurée. Laparotomie. Pas de recherche de l'appendice. Guérison. Crises d'appendicite. Nouvelle laparotomie pour appendicite à froid.

Observation due à l'obligeance de M. le Dr Guinard et de M. Guillaume, interne des hôpitaux.

Femme de 40 ans :

Laparotomie médiane pour *fibrome utérin et annexite suppu-*

rée en 1903. La malade ressentait de vives douleurs dans la fosse iliaque droite; on les croit en relation avec l'annexite droite et l'on ne cherche pas l'appendice. Guérison.

Il y a trois mois crise d'appendicite typique observée par M. le Dr Courtois Suffit.

Depuis il y a eu deux autres crises, la dernière il y a trois semaines.

Opération le 22 juin 1905: Appendice court facile à dégager avec une adhérence à son extrémité où il est étranglé. A la coupe atrophie de l'appendice avec étranglement et oblitération.

OBSERVATION III

Riedel. *Langenbeck's Archiv.* 47 Bd. S. 178 (*in* Becher).
Cholécysto-appendicite. Intervention incomplète.

Les douleurs persistent.

Femme de 50 ans; a souffert pendant dix-sept ans de coliques avec vomissements; ces coliques furent prises tantôt pour des calculs biliaires, tantôt pour un rein mobile, tantôt pour une tumeur, tantôt pour un foie mobile, tantôt pour une douleur nerveuse; puis elle éprouva de nouveau une forte douleur du côté droit du bassin; l'examen ne révéla rien, mais à l'opération Riedel trouva une grosse vésicule biliaire adhérente à l'épiploon et à l'intestin, contenant du pus et un gros calcul.

Comme la situation était devenue critique par l'écoulement du pus, Riedel renonça à l'exploration de la région inférieure du ventre; ce n'est que deux mois plus tard, quand les anciennes douleurs eurent fait leur apparition qu'il enleva l'appendice: il était complètement soudé au cœcum et la pointe était épaissie en forme de massue. Cet appendice était fortement ratatiné, ses parois étaient épaissies et sa cavité contenait un

peu de sécrétion catarrhale. Le malade fut débarrassée de ses douleurs.

OBSERVATION IV

Clinique Czerny-Bruns. *Beitr. z. Klin. Chir.* 23 Bd. S. 749 u. 21 Bd. S. 538.

(*in* Becker).

Cholécysto-appendicite. Intervention incomplète. Les douleurs persistent.

Homme âgé de 46 ans. Depuis un an et demi il souffrait environ toutes les deux ou trois semaines, d'attaques douloureuses qui se répétaient souvent dans la région de l'estomac, et qui s'accompagnaient de météorisme exagéré, de fièvre élevée, et souvent de vomissements qui duraient des journées entières. La résistance que l'on sentait dans la région de la vésicule biliaire, faisait supposer qu'il y avait là une tumeur (carcinome) de cette vésicule avec de la cholélithiase.

La vésicule biliaire adhérente au péritoine pariétal et au côlon transverse, contenait deux calculs ; la cystique en contenait un. Le malade ne se sentit pas dans la possibilité de reprendre son travail après l'opération. Il se plaignait d'une fatigue légère, de douleurs tiraillantes dans la cicatrice et de pesanteur d'estomac.

Après vingt et un mois il fut opéré une deuxième fois pour un gros abcès périty phlique couleur jus de fumier ; il y avait cinq jours qu'il était de nouveau souffrant, avec fièvre, vomissements et violente douleur dans la région hypogastrique. On n'incisa que l'abcès ; l'appendice n'a pas été enlevé.

OBSERVATION V

Annexite et appendicite chronique méconnue. Nouvelle laparotomie. Prophysectomie. Guérison.

Observation du service du Dr Lejars. (Hôpital Tenon. Salle Delessert).

(N° 85, 1904).

Femme 47 ans.

Laparotomie en 1897 à Beaujon pour hystéropexie. Depuis douleurs causées probablement par des brides.

Nouvelle laparotomie. Utérus bien fixé. Rien aux annexes, libération de l'épiploon. Ablation de l'appendice qui est gros et long. Guérison. Disparition des douleurs.

Observation du service du Dr Lejars. (Hôpital Tenon. Salle Delessert).

(N° 88, 1903).

Femme 35 ans.

Laparotomie pour annexite double faite par le docteur P. deux ans auparavant. Douleurs persistantes dans la fosse iliaque droite. Laparotomie médiane sur l'ancienne cicatrice. Aucune adhérence ni à la paroi ni à l'utérus.

De chaque côté de celui-ci ligament parfaitement lisse. Ablation de l'appendice qui est long, gros et recourbé. Guérison. Disparition des douleurs.

OBSERVATION VI (inédite)

due à l'obligeance de M. le Dr Souligoux.

Laparotomie pour douleurs dans la fosse iliaque droite et troubles digestifs. Ablation de l'ovaire droit. Persistance de douleurs. Nouvelle laparotomie. Ablation de l'utérus et des annexes droits. Persistance des douleurs. Diagnostic porté d'appendicite chronique méconnu. Résection de l'appendice. Guérison.

Mme D..., âgée de 43 ans, me fut adressée pour troubles digestifs accompagnés de douleurs dans la fosse iliaque droite. Je concluai qu'il s'agissait d'une appendicite chronique ; c'était aussi l'avis de plusieurs de mes collègues des hôpitaux que la malade avait consultés.

Elle avait déjà subi huit ans auparavant une laparotomie au cours de laquelle on enleva l'ovaire droit. Comme il n'y avait pas de soulagement on fit un an après l'ablation de l'utérus et des annexes gauches ; il y eut à la suite de cette intervention une fistule vésico-vaginale qui nécessita deux nouvelles opérations.

L'état de cette femme quand je la vis était sérieux : état nerveux prononcé, amaigrissement considérable. Perte de l'appétit ou plutôt crainte de souffrir après l'absorption d'aliments.

Opération le 18 mai 1905 : On trouve un appendice grêle situé en avant, s'appuyant sur la face antérieure du coecum et de la terminaison de l'iléon. De cet appendice partait au niveau de sa partie moyenne un tractus fibreux qui se portant en arrière contournait la face postérieure de l'iléon ; de telle sorte que lorsque les matières passaient dans cette partie de l'intestin celui-ci avait tendance à se couder sur cette bride. L'appendice enlevé était oblitéré en plusieurs points de son trajet, limitant ainsi

plusieurs poches très petites pleines de muco-pus. Guérison sans incidents. Depuis cette intervention la malade se porte infiniment mieux ; les troubles digestifs ont totalemeat disparu et le poids a augmenté de 6 kilos.

OBSERVATION VII

Laparotomies successives pour douleurs dans la fosse iliaque droite.

Richelot (rapport à la Société de chirurgie, séance du 24 mai 1905. Observation adressée par M. de Rouville (de Montpellier).

Femme de 29 ans, souffrant depuis longtemps du côté droit du ventre, atteinte de tuberculose pulmonaire; on croit à une annexite tuberculeuse ; on enlève la trompe et l'ovaire droit ; celui-ci était simplement kystique. On ne songe pas à l'appendicite ; les douleurs reviennent, la malade souffre, maigrit ; on croit à une péritonite bacillaire ; on fait une seconde opération pour enlever les adhérences ; on ne songe toujours pas à l'appendice ; des mois se passent et la malade souffre toujours ; c'est alors que paraît la communication de M. Guinard sur les appendicites chroniques méconnues ; M. de Rouville fait alors une troisième laparotomie, enlève l'appendice chronique enflammé et la malade guérit de tous ses accidents abdominaux... momentanément du moins, car six mois après elle présentait de la gibbosité pottique et faisait de la péritonite franchement tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, dans ce cas on a pensé bien tard à l'appendice.

OBSERVATION VIII

Diagnostic porté : affection génitale pelvienne. Laparotomie. Annexes et utérus sains. Pas de recherche de l'appendice. Guérison. Crises appendiculaires. Nouvelle laparotomie. Prosphysectomie. Guérison.

Observation de M. Richelot.
Bul. de la Soc. de chir. 1888.

Jeune fille vierge, qu'on avait accusée d'hématocèle suppurée, de phlegmon du ligament large, et qui n'avait plus, quand elle vint me trouver, qu'un empâtement léger du côté droit. Laparotomie exploratrice : annexes parfaitement saines, et, derrière le cœcum bien à sa place et d'apparence normale je ne soupçonnai pas la présence d'un foyer d'appendicite endormie. Elle eut pendant les années suivantes, des coliques appendiculaires très nettes, et je finis un beau jour connaissant mieux la question et ayant rectifié mon diagnostic par lui enlever son appendice malade. Guérison rapide et complète.

OBSERVATION IX

Appendicite méconnue par le clinicien prise pour kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Observation extraite du Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet. (Appendicite. Diagnostic, tome VII, page 508). Diagnostic porté et opération pratiquée par MM. Peyrot et Guinard.

Jeune femme de 20 ans qui déclarait être enceinte de trois mois, présentait une tumeur fluctuante remontant à deux travers

de doigt au-dessous de l'ombilic; elle souffrait depuis cinq jours d'accidents péritonéaux que nous étions disposés à attribuer soit à un kyste ovarique à pédicule tordu, soit à une grosseur extra-utérine rompue. La laparotomie médiane montra que la tumeur fluctuante était constituée par l'utérus gravide, et ce n'est qu'en agrandissant l'incision qu'on put voir sourdre, sur le côté droit de l'utérus une collection purulente fétide, au centre de laquelle se trouvait l'appendice perforé à un centimètre de son extrémité terminale, laquelle était arrondie en forme de massue. Un corps étranger de la forme d'un noyau de datte, nageant librement dans le pus.

Après avoir réséqué l'appendice, Peyrot fit une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite pour assurer le drainage en bonne place. Guérison sans complication et accouchement à huit mois.

OBSERVATION X

Observation de Stimson rapportée dans les Revues et Mémoires d'Obstétrique.

Perforation de l'appendice diagnostiqué, rupture de grossesse tubaire.

Péritonite aiguë chez une femme enceinte de trois mois, avec douleurs dans la fosse iliaque droite, perte de sang par la vulve et empâtement sur le côté droit du vagin, faisant croire à une grossesse extra-utérine rompue. La laparotomie montra que l'appendice adhérent à l'ovaire était perforé; il fut enlevé, la femme guérit et la grossesse réellement utérine et non ectopique continua son cours.

OBSERVATION XI

Obs. citée dans la thèse de Quillard, fév. 1901.

Appendicite prise pour une annexite. Laparotomie. Résection de l'appendice. Guérison.

Femme de 25 ans. Diagnostic porté : péri-ovaro-salpingite droite. On décide d'employer la voie abdominale pour conserver les annexes gauches. Laparotomie sous-ombilicale : On tombe un peu en dehors d'un plastron qui occupe la portion inférieure de la fosse iliaque droite : ce plastron est constitué par deux anses d'intestin grêle et le grand épiploon accolés à la paroi abdominale.

On décolle prudemment les anses intestinales.

On trouve ensuite et on écarte en haut le cœcum ; on résèque une lame épaisse d'épiploon enflammée sur une largeur de 3 à 4 centimètres, on aperçoit enfin le fond de l'utérus avec lequel ces différents organes avaient contracté des adhérences.

On pénètre dans la concavité sacrée, et on amène au jour avec peine l'ovaire droit, absolument sain, mais fortement fixé à la paroi pelvienne.

En essayant ensuite de décoller un magma enflammé qui occupe la profondeur de la concavité sacrée on découvre un calcul fécal. Ce calcul, extirpé sans grand effort, offre la forme et le volume d'un gros haricot. Il occupait une cavité fongueuse de laquelle on ramène l'extrémité de l'appendice qui en somme occupait le fond de Douglas.

Cet appendice avait été amputé par l'inflammation mais il n'était pas gangréné, les adhérences ayant suffi à conserver sa vitalité.

La portion cœcale de l'appendice est recherchée et retrouvée. Elle paraît presque fibreuse, elle semble complètement

fermée. On le résèque après ligature à la base. Nettoyage. Drainage. Guérison.

OBSERVATION VII

Diagnostic porté : Cholécystite. Laparotomie. Cholécystostomie. Examen de l'appendice. Découverte d'une appendicite inconnue. Prosphysectomie. Guérison.

Laplace (Philadelphie). *Americ. Assoc. The J. of the.* Octobre 1901.

Un jeune Italien, cultivateur, âgé de vingt-cinq ans, en convalescence de fièvre typhoïde a éprouvé brusquement des douleurs sourdes au niveau de la région sous-hépatique droite, avec ictère, mais sans élévation de température. Il avait souvent entendu parler d'appendicite et se croyait atteint de cette affection. Les symptômes étaient nettement limités à la région de la vésicule biliaire. Dans la fosse iliaque droite il y a un empâtement diffus.

Constipation. Étant donnée la persistance des douleurs et de l'ictère, on pense à une cholécystite calculeuse. On fait une incision exploratrice au niveau de la région vésiculaire. On trouve la vésicule très distendue. Cholécystostomie. Il sort une grande quantité de pus. Comme on avait promis au malade d'explorer la région de l'appendice, on fait une incision exploratrice à ce niveau : à la surprise générale on trouve ainsi le siège réel de l'affection. L'appendice était gangréné, baignait dans un liquide purulent et certainement la péritonite eût été fatale sans l'intervention. On enlève l'appendice, on draine la région. Cholécystite et appendicite furent ainsi guéries du même coup.

OBSERVATION XIII

Diagnostic porté. Cholécystite. Laparotomie. Ouverture d'une collection purulente. Vésicule saine. Recherche, examen et résection de l'appendice perforé. Guérison.

Kennedy. *New-York med. Journal*, 1902.

K..., âgé de vingt-quatre ans, a présenté plusieurs accès pris pour coliques hépatiques, qui duraient un jour ou deux, puis disparaissaient.

Quand je le vis il souffrait de douleurs violentes dans l'abdomen, à peine calmées par des injections sous cutanées de morphine à haute dose. La température oscillait depuis le commencement de la crise entre 38°3 et 39°.

Vomissements bilieux très fréquents; pas d'ictère. L'expression de la face traduisait une grande souffrance.

A l'examen, on observe un ballonnement général de l'abdomen, une douleur très vive à la pression. Cette douleur spécialement localisée vers le bord inférieur du lobe droit du foie. On note en ce point une tuméfaction bien limitée. On trouve également un point très douloureux un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On se base sur les antécédents antérieurs de lithiase pour porter le diagnostic probable de collection développée autour de la vésicule biliaire.

Opération deux jours après le début de l'accès.

On repère les lignes d'incision classique des interventions pratiquées sur l'appendice et la vésicule et on fait l'incision à égale distance entre ces deux points, de façon à pouvoir ainsi prolonger l'incision en haut ou en bas suivant les cas. A l'ouverture de la cavité péritonéale, jaillit un flot de pus et le doigt introduit dans la direction de la vésicule biliaire ne permet d'observer rien de particulier qu'une vaste collection purulente.

On agrandit alors l'incision des deux côtés, on met à nu la vésicule qui est saine. On va alors à la recherche de l'appendice. Celui-ci est altéré, présente une perforation à sa base et dans sa cavité une grosse concrétion. On sectionne l'appendice à sa base. La cavité pelvienne est également remplie de pus.

Lavage de la cavité péritonéale avec la solution salée normale, drainage à la fois dans la région du flanc et dans la région pelvienne, par des tubes de caoutchouc et des mèches de gaze iodoformée. Guérison.

OBSERVATION XIV

Obs. XIV Walther. *Soc de Chir.* 7 février 1900.

Appendicite chronique prise pour une salpingo-ovarite subaiguë.

Femme souffrant depuis trois mois d'un hoquet persistant ; douleurs dans la fosse iliaque droite ; accidents imputés à des adhérences de l'ovaire avec la trompe.

Laparotomie. Annexes saines. Appendice long de *1 centimètre seulement semblant sain*, deux brides de 2 centimètres s'insérant sur le cœcum le tiraient en bas.

Résection de l'appendice et des brides. Hoquet guéri.

OBSERVATION XV

Kyste de l'ovaire pris pour une appendicite. Prophysectomie de parti pris. Lésions histologiques.

Diagnostic porté : appendicite à rechute. Découverte d'un kyste de l'ovaire et de trompe du côté droit avec pédicule plusieurs fois tordu sur lui-même. Obs. (*In* Appendicite et annexite, E. Monod. *Rev. de Gyn.* Bordeaux, 1901).

Fem... 26 ans. Incision sur le bord externe du droit. Appen-

dice d'aspect normal, *dont l'extrémité adhère à une masse profonde*, arrondie, fluctuante. *Ablation de l'appendice.* Excision de la tumeur. Annexes gauches saines. Drain. Guérison.

Examen de l'appendice fait par M. Sabrazès.

Pas d'altérations de la couche muqueuse ni musculeuse.

Couche péritonéale épaissie, infiltrée de cellules embryonnaires avec dilatation des capillaires.

OBSERVATION XVI

Coexistence de salpingo-ovarite et d'appendicite chronique méconnue. Observation du service de M. le Dr Lejars. (Hôpital Tenon. Salle Delessert). Inédite.

(N° 107, 1905).

Femme de 38 ans. Diagnostic porté : Salpingo-ovarite droite suppurée et salpingo-ovarite gauche.

Opérée le 13 mars. Laparotomie : grosse masse à droite entourée d'épiploon et d'intestin adhérent. Au cours de la décortication la collection ovarienne se crève et donne beaucoup de pus. Extraction, puis décortication des annexes gauches. Hystérectomie abdominale supravaginale en bloc.

Ablation de l'appendice qui paraît sain. Constitution d'un dôme pelvien par des sutures du péritoine prévésical à l'S iliaque. Drain vaginal et drain par le ventre. Réunion, guérison. Sortie le 1er mai.

Examen histologique de l'appendice fait par M. le Dr Viollet, préparateur d'histologie à la Faculté.

L'appendice est presque partout sain ; cependant en un point localisé du pourtour de la muqueuse on constate une absence de revêtement épithélial. A ce niveau il existe une infiltration marquée du tissu conjonctif s'étendant jusqu'aux premières assises du revêtement musculaire de l'appendice ; au

voisinage on note la présence de capillaires dilatés en assez grand nombre. La couche du tissu conjonctif immédiatement voisine du revêtement péritonéal plus vasculaire présente en certains points des noyaux d'infiltration cellulaire inflammatoire, il ne semble pas y avoir de continuité entre la lésion centrale et la lésion périphérique, les couches musculaires paraissant normales. D'une façon générale la couche des follicules clos présente un aspect normal.

OBSERVATION XVII

Coexistence de salpingo-ovarite et d'appendicite chronique méconnue. Observation du service du Dr Lejars. (Hôpital Tenon. Salle Delessert). Inédite.

(N° 136, 1905).

Femme de 28 ans. Diagnostic porté :

Salpingo-ovarite double, suppurée à gauche.

Opération le 16 mai. — Laparotomie. Adhérence de l'épiploon au fond de l'utérus et aux annexes des deux côtés ; décollement et résection après ligature de la frange correspondante. Décortication des annexes droites composées d'une grosse masse kystique ovarienne et d'une trompe volumineuse, puis les annexes gauches formées d'une grosse trompe et d'un ovaire suppuré qu'on libère et enlève d'abord isolément. Hystérectomie supra-vaginale.

Ablation de l'appendice long et bosselé adhérent aux annexes droites. Encapuchonnement.

Péritonisation ; réunion. Guérison.

Examen histologique de l'appendice fait par M. Lefas, préparateur d'Anatomie Pathologique à la Faculté (laboratoire de M. le professeur Cornil).

Méso quatre à cinq fois plus épais qu'à l'état normal, adipo-celluleux. L'appendice sectionné paraît à l'œil oblitéré : la section est plus étroite dans le tiers avoisinant l'extrémité libre de l'appendice.

Coupe au tiers moyen. — Cavité étroite, étirée, presque linéaire. Glandes conservées, mais le tissu interglandulaire prolifère et les resserre surtout au niveau de la partie du col des glandes. Infiltration embryonnaire de la muqueuse. Abcès folliculaire. Tissu conjonctif sous-muqueux épaissi. Couche musculaire normale.

Tissu péritonéal épais et fibreux avec vaisseaux dilatés, pleins de sang et quelques petits îlots embryonnaires près de certains vaisseaux. Vastes adhérences fibreuses cellulo-adipeuses développées autour du méso ; on y voit en quelques points de la congestion et de larges hémorrhagies capillaires.

OBSERVATION XVIII

Coexistence de grossesse tubaire rompue et d'appendicite chronique méconnue. Observation du service de M. le professeur agrégé Lejars (Hôpital Tenon, salle Delessert). Inédite.

(N° 150, 1905).

Femme de 34 ans. Diagnostic : Grossesse tubaire gauche rompue. Laparotomie. A gauche grosse masse tubaire noirâtre avec ovaire sain en dessous. Ablation de la trompe seule. Péritonisation. Adhérences nombreuses qu'on décortique.

Ablation de l'appendice qui paraît normal par écrasement. Rien à droite. Réunion avec drain.

Examen histologique fait par M. Lefas, préparateur d'anatomie pathologique (laboratoire de M. le professeur Cornil).

Section large, entourée d'une plaque en fer à cheval d'adhérences sur le bord opposé au méso.

La couche glandulaire est épaisse avec nombreuses glandes de Lieberhulm sans lésions évidentes. Les follicules clos sont gros, certains écartent les glandes et arrivent au niveau du bord de la cavité appendiculaire qui est vide.

La plupart de ces follicules, à part quelques exceptions, sont entièrement comblés de cellules rondes et on ne reconnaît plus le centre germinatif. D'autres plus petits sont en voie de suppuration et de désagrégation.

Rien de particulier du côté des muscles.

Le tissu sous-péritonéal est fort épais, fibreux adulte ; avec vaisseaux congestionnés. Adhérences cellulo-fibro-adipeuses.

OBSERVATION XIX

Coexistence d'hémato-salpinx et d'appendicite méconnue.
Coyne et Bouvier

(*Rev. Mens. de Gyn. et d'Obst.* de Bordeaux, t. II, 1900).

Femme de 25 ans. Dans la fosse iliaque droite il y a une masse noirâtre constituée par des caillots sanguins en connexion avec la partie postérieure et interne du cœcum à son union avec l'intestin grêle. Ablation de la trompe de l'ovaire du caillot qui est adhérent et d'une partie du tissu cellulo-adipeux coloré en noir par le sang adhérent à l'hémato-salpinx et formant une partie de la paroi de l'hématocèle. L'appendice dur enflammé est compris dans cette masse adipeuse.

Examen anatomo-pathologique de la pièce :

Trompe dilatée rompue. Des coupes pratiquées sur la lame cellulo-adipeuse englobant un cordon contourné et qui constituait la paroi de l'hématocèle permettent de reconnaître que nous sommes en présence de l'appendice.

Coupe transversale à la partie moyenne : muqueuse épaissie ; glandes reconnaissables, couche superficielle de la muqueuse

infiltrée par des éléments embryonnaires. Dans la couche profonde, follicules clos tuméfiés infiltrés de nombreux éléments léucocytiques et formant par place de véritables abcès collectés. Dans la partie de l'appendice correspondant à la couche cellulo-adipeuse sous-péritonéale et qui entourait la poche de l'hématocèle le tissu cellulo-adipeux est infiltré de nombreux éléments leucocytiques, disséminés dans une bande fibreuse colorée en rouge par des pigments hématiques.

Le processus inflammatoire parti des annexes ayant donné lieu à des adhérences fibro-vasculaires avec l'enveloppe péritonéale de l'appendice iléo-cœcal s'était propagé aux couches fibro-cellulaires qui entourent cet organe.

OBSERVATION XX

Coexistence du kyste de l'ovaire et d'appendicite méconnue. Observation due à l'obligeance de M. Guillaume, interne des hôpitaux.

Femme de 32 ans. Elle a présenté à plusieurs reprises depuis deux ans un ensemble symptomatique qui a fait penser à l'appendicite et à la salpingite.

Laparotomie médiane : kyste de l'ovaire droit, sans adhérnnces, facile à enlever. Appendice long et flottant vers le petit bassin. Ablation de l'appendice et du kyste. A la coupe l'appendice présente des lésions de folliculite hémorrhagique.

OBSERVATION XXI

Coexistence de lésions annexielles et appendiculaires méconnues.

Observation de M. Richelot, *Soc. de chirurgie*, 15 oct. 1890.

Vierge de 18 ans. Tumeur douloureuse et franchement inflam-

matoire simulant un pyosalpinx : le toucher rectal montrait qu'elle était accolée au bord droit de l'utérus. Il y avait aussi de la douleur à gauche et on y sentait une petite tuméfaction. Comment ne pas croire à des lésions annexielles ?

Laparotomie: résection de l'ovaire gauche doublé de volume par un kyste séreux ; à droite, adhérences épiploïques qui une fois dissociées conduisent sur la trompe.

Dissection de dedans en dehors et découverte au milieu de lobules adipeux d'un cylindre fluctuant gros comme le petit doigt ; appendice accolé étroitement à la trompe et à l'ovaire et confondu dans la même masse épiploïque. Résection et guérison.

OBSERVATION XXII

Salpingo-ovarite et appendicite concomitante.

Observation (*In* Appendicite et annexite, E. Monod, *Rev. de gyn.* de Bordeaux, 1901).

Femme de 32 ans. Diagnostic porté: Annexite droite avec coexistence possible d'appendicite.

Laparotomie latérale. Extrémité de l'appendice adhérente à une tumeur arrondie rénitente du volume d'une petite mandarine, c'est l'ovaire droit ; on détache l'adhérence et l'on saisit l'extrémité libre de l'appendice qui vient au dehors.

Ligature et section du méso; l'appendice apparaît très long, rouge, notablement épaissi au niveau de l'insertion cœcale. Résection. Ablation des annexes. Guérison.

Examen de l'appendice fait par M. Sabrazès :

Culs-de-sac glandulaires séparés par du tissu inflammatoire interposé ; léger épaississement de la couche musculaire, couche péritonéale épaissie et infiltrée de cellules embryonnaires.

OBSERVATION XXIII

Ablation préventive de l'appendice.

Observation du service de M. le Dr Lejars. (Hôpital Tenon. Salle Delessert).
(N° 86, 1905).

Femme de 40 ans. Diagnostic porté : Fibrome utérin. Pas de douleurs dans la fosse iliaque droite, pas de troubles intestinaux, pas de troubles généraux avant l'intervention.

Opération le 25 mars. Laparotomie : Hystérectomie supra-vaginale avec ablation des annexes saines.

Ablation préventive de l'appendice par encapuchonnement.

Guérison. — Sortie le 22 avril. Santé excellente.

Examen de la pièce. — Fibromes multiples intra-utérins interstitiels et sous-péritonéaux. Utérus très irrégulier.

Examen histologique de l'appendice fait par M. le Dr Viollet, préparateur d'histologie à la Faculté : Lumière de l'appendice libre ; revêtement épithélial intact. Culs-de-sac glandulaires, couche des follicules clos, derme, couches musculaires, revêtement péritonéal normaux : Appendice sain.

(L'ablation préventive de l'appendice est très souvent pratiquée par M. le professeur Lejars au cours des laparotomies).

OBSERVATION XXIV

Prosphysectomie de parti pris au cours d'une cure radicale de hernie inguinale droite. Observation du service de M. le professeur agrégé Lejars. (Hôpital Tenon. Salle Montyon).

Homme opéré le 26 mai 1905.

Hernie inguinale droite. Cure radicale. Au collet du sac on

aperçoit la partie inférieure du méso-appendice : on amène l'appendice long et gros qui est réséqué. Encapuchonnement. Bassini, cordon derrière. Réunion. Guérison.

Examen histologique de l'appendice fait par M. Lefas, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté (laboratoire de M. le professeur Cornil).

Appendice mince et petit, presque oblitéré à l'œil nu, dilaté et rempli de matières brunâtres dans son cinquième avoisinant l'extrémité libre de l'appendice.

Coupe au niveau de la partie moyenne. Dans la lumière, matières fécales ; les glandes sont en bon état avec cellules volumineuses bien colorées. Quelques follicules clos, quelques-uns abcédés, pas très gros. Infiltration lymphocytique diffuse des espaces sous et inter-glandulaires.

Couche musculaire interne (circulaire) très hypertrophiée. Couche externe d'aspect normal. Quelques îlots embryonnaires dans le tissu sous-péritonéal.

Coupes à la pointe. Cavité très large, renfermant des matières fécales et des pigments biliaires. Couche glandulaire fortement aplatie par compression, diminuée en largeur de plus de moitié. Sur la plus grande partie du contour, on voit des glandes, sur le reste, un tissu lymphoïde qui bordent la cavité.

Les couches musculaires sont diminuées de largeur ; le tissu sous-péritonéal est épaissi et fibreux par places, avec quelques fines fausses membranes, grêles, fibreuses.

CONCLUSIONS

D'une part l'apparition d'une appendicite, d'autre part la persistance de douleurs dans la fosse iliaque droite et de troubles intestinaux, après une opération faite par voie abdominale sur un organe voisin de l'appendice, ont fait comprendre aux chirurgiens l'intérêt qu'il pouvait y avoir à rechercher systématiquement l'appendice au cours des laparotomies, à l'examiner, à pratiquer sa résection.

L'utilité de l'examen de l'appendice a été prouvé par la découverte de nombreuses appendicites méconnues : soit parce qu'elles simulaient une autre affection abdominale et qu'une symptomatologie anormale avait causé une erreur de diagnostic; soit parce que fréquemment elles existaient en même temps qu'une autre affection abdominale dont l'évolution plus bruyante cachait leur évolution propre ; soit enfin parce qu'elles affectaient une allure fruste, latente, et que leur symptomatologie souvent réduite à l'élément

douleur dans la fosse iliaque droite n'était pas suffisante pour imposer le diagnostic.

Les indications formelles en faveur de la prosphysectomie sont les suivantes : L'existence d'adhérences avec les parties voisines : paroi abdominale, anses grêles, cœcum, épiploon, tumeur ; des malformations consistant en torsions, retrécissements et coudures.

La présence de kystes appendiculaires de l'extrémité ou d'un point quelconque de l'appendice ; de corps étrangers perçus à travers la paroi.

L'excès de longueur, de grosseur, de dureté du cordon appendiculaire ; la briéveté du méso ; l'intensité des arborisations vasculaires à la surface de la séreuse appendiculaire.

L'existence d'une perforation avec en regard du point perforé une petite collection purulente, enkystée par des néo-membranes, et bien entendu les lésions aiguës.

L'examen microscopique des appendices sains en apparence réséqués par les partisans de l'ablation de parti-pris a montré la fréquence des lésions pathologiques des parois (hyperplasie des glandes et des follicules clos ; tranformation fibreuse des tuniques ; néoformation de vaisseaux ; infiltration graisseuse des parois). L'examen macroscopique ne permet donc pas toujours de déceler l'altération pathologique de l'organe et le chirurgien devra faire la prosphysectomie dans les cas douteux surtout lorsque la malade aura ressenti des douleurs dans la fosse iliaque droite et lorsqu'elle aura présenté certains troubles intestinaux.

La technique de la recherche de l'appendice n'est pas ordinairement difficile.

Le plus souvent la technique de la résection est celle qui est employée lors d'une opération d'appendicite à froid.

La prosphysectomie ne complique pas l'opération pour laquelle la laparotomie a été pratiquée et n'aggrave pas le pronostic. La santé des opérés ne se ressent nullement de la disparition de l'appendice. Les douleurs de la fosse iliaque droite qui peuvent persister à la suite d'une hystérectomie simple, disparaissent à la suite de l'intervention complète ; les troubles intestinaux s'atténuent ; le danger d'une appendicite méconnue n'est plus à craindre.

L'inutilité fonctionnelle de l'appendice ; le danger que fait courir à l'individu humain la présence de cet organe rudimentaire dans l'abdomen ; la bénignité de la prosphysectomie au cours des laparotomies ont conduit un grand nombre de chirurgiens à faire l'ablation de l'appendice même lorsqu'il paraît absolument sain dans le but de prévenir une appendicite future : cette pratique a des tendances à se généraliser.

En Amérique, en Angleterre, en Allemagne un grand nombre de chirurgiens font déjà depuis des années la prosphysectomie de parti-pris.

La croyance en une valeur fonctionnelle de l'appendice, valeur qui n'a pas encore été établie ; et la crainte d'aggraver une opération abdominale ont empêché jusqu'à ce jour certains chirurgiens de débarrasser l'économie d'un organe dont la présence n'est

pas indispensable puisque après l'ablation la santé n'est en rien troublée ; dont la présence est dangereuse puisque chaque jour l'on voit des malades mourir d'appendicite.

Comme on n'a jamais observé, après la prosphysectomie, des troubles comparables à ceux qui ont suivi l'ablation de l'amygdale palatine et du corps thyroïde, organes non rudimentaires et dont l'inflammation est loin de présenter la gravité de l'appendicite, nous estimons que ni la physiologie ni la pathologie générale n'apporteront des données nouvelles capables d'enrayer au cours des laparotomies une pratique qui tend de plus en plus à devenir systématique.

Vu : le Président de la thèse,
LANNELONGUE

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Barnsby. — Appendicite et annexite (th. de Paris, 1898).

— Appendicite chez la femme dans ses relations avec les lésions utéro-annexielles. (XV^e^ congrès français de chirurgie).

Bouilly. — Appendicite ou annexite (Sem. gyn. 1900, p. 27).

Brun. — Appendicite chronique (Pres. Méd. 30 mars 1898).

Charrin. — Les interventions chirurgicales en face des nouvelles données de la physiologie et de la pathologie générale (Sem. méd. 8 fév. 1905).

Delagenière. — Appendicite et annexite (Arch. provinciales de chir. 1900, n^os^ 7 et 8).

P. Delbet. — Traitement de l'appendicite (Steinheil, p. 353).

Dieulafoy. — Association de l'appendicite et de la cholécystite (Presse méd. 17 juin 1903).

Dreyfus. — Diagnostic différentiel de l'appendicite et de la cholécystite. (Thèse de Lyon, 1904).

Falk. — Importance de l'appendicite pour les accoucheurs et les gynécologues (Centralbl. f. gyn. 1900, n° 7).

Fraenkel. — Congrès des naturalistes à Hambourg (Centralbl. für gynak. 5 oct. 1901, n° 40).

J.-L. Faure. — Salpingites et appendicites (in Leçons de clinique et de technique chirurgicales. Masson 1905).

Glantenay. — Appendicite oblitérante atrophique et pseudo-appendicite nerveuse (Presse méd. 16 avril 1898).

Guinard. — Des erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire. (Bul. et mém. de la Soc. de ch. de Paris. Séance du 20 janvier 1904).

Hartmann. — Salpingite à pédicule tordu et appendicite. (Sem. gyn. Paris 1900).

Kehr. — Beitrage zur Ban chirurgie. Wien. Folge.

Lejars. — Traité de chirurgie d'urgence, 4e édition.

Discussion de la Soc. de ch. Séance du 10 février 1904.

Lejars et Ménetrier. — Diverticules de l'appendice (Rev. de ch. 1904, n° 10).

Legueu. — Appendicite et annexite. (Rev. int. de méd. et de ch. 25 avril 1902, p. 127).

Letulle. — Autopsie du cœcum (Pres. méd. 2 janvier 1904).

Levy. — Essai sur la cholicysto-appendicite. (Th. de Nancy, 1904).

Mac Ewen. — Les fonctions du cœcum et de l'appendice (The. Canadian Practitioner and Rewiew Janvier 1905.)

Maumus. — Le cœcum des oiseaux. (Th. de la Faculté des sciences, 1902).

Ménard. — Des variétés anatomiques de l'appendice iléo-cœcal et de leur influence sur la pathologie de l'appendicite (Th. de Paris, 1902).

Metchnikoff. — Etude sur la nature humaine. 2e Edition.

Monod et Vanverts. — L'appendicite (p. 152).

Peterson. — The relation of the appendix to pelvic disease based upone a clinical and microscopic study of 200 cases (American Journal of obstetrics, 1904, vol. II, p. 1).

Polle. — De l'appendicectomie de parti pris au cours des laparotomies (Thèse de Paris, 1898).

Potherat. — Salpingite et appendicite (Soc. de chir., 12 fév. 1902).

Presno. — De la resección del epiploon y dil apendico et las laparotomias por apendicitis cronica y por anexitis (Rev. de Med. ot de C. ds la Habana, 25 juin 1900).

Rastouil. — De l'appendicite chronique (Th. de Paris, 1901).

Routier. — Discussion (Soc. de Ch., 1904) sur l'appendicalgie.

Quénu. — Discussion (Soc. de Ch., 1904) sur l'appendicalgie.

Quillard. — De l'appendicite chez la femme (Th. de Paris, 1901).

Siredey. — Formes frustes de l'appendicite chronique (1903).

Témoin. — Appendicite chez la femme (Annales médico-ch. du Centre, juin 1904).

Treub. — Appendicite et paramétrite (Rev. de Gyn., 1897).

Walther. — Discussion sur l'appendicalgie (Soc. de ch., 1904).

Weinberg. — Association de l'appendicite chronique et des annexites droites (Med. Record. N.-Y., 1900).

Mayenne, Imprimerie Ch. Colin

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE